**Согласие на обработку персональных данных и размещение их на официальном сайте МЗ РД**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Республики Дагестан, расположенного по адресу: 367020, Республика Дагестан, г.Махачкала, ул. Абубакарова 10, на обработку или совокупность действий, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, размещение в сети интернет) Оператором следующих персональных данных:

 - Ф.И.О.; дата рождения; место рождения; пол; гражданство; образование и повышение квалификации или наличие специальных знаний; профессия (специальность);

 - общий трудовой стаж, сведения о месте работы, приемах, перемещениях и увольнениях по предыдущим местам работы, размер заработной платы; состояние в браке, состав семьи, место работы или учебы членов семьи и родственников;

 - паспортные данные, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства; номер телефона; идентифицированный номер; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения, включенные в трудовую книжку; сведения о воинском учете; фотография;

 - сведения о состоянии здоровья, которые относятся к вопросу о возможности выполнения работником трудовой функции (могут быть добавлены и другие данные).

 Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)